

Рубахов О.И.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АСЦИТ-ПЕРИТОНИТА У БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

/ Минск /

В Республиканском центре портальной гипертензии (ПГ) с 1977 по 1997гг. наблюдалось 16 больных с ПГ, течение которой осложнилось асцит-перитонитом. У 13 пациентов верифицирован цирроз печени, у 3 - внепеченочная портальная гипертензия.

Асцит-перитонит цирротического генеза развился у 8 больных, как следствие неоднократных пункций брюшной полости на догоспитальном этапе. У 3 больных он явился осложнением экстренной гастротомии с прошиванием вен желудка и пищевода, предпринятой на высоте кровотечения. После плановых операций, в комплекс которых включалась гастротомия — он имел место у 2 пациентов. У 3 больных, ранее не оперированных, но с прогрессирующим цирротическим асцитом, причиной перитонита послужила эндогенная инфекция.

Известно, что после плановых оперативных вмешательств у больных с ПГ, цирротической этиологии, в раннем послеоперационном периоде нередко имеет место быстрое накопление асцитической жидкости, являющейся благоприятной питательной средой для эндо- или экзогенной микрофлоры с последующей манифестацией асцит-перитонита.

Отличительной особенностью клинической картины асцит-перитонита цирротического генеза являются: стертость симптомов классического перитонита, отсутствие тяжелой бактериальной интоксикации, субфебрильная температура, разлитые боли в животе, умеренное вздутие кишечника на фоне жидкости в брюшной полости. Физикальные методы обследования позволяют выслушать перистальтические шумы, однако отсутствуют в 20% случаев симптомы раздражения брюшины.

Основным диагностическим тестом в таких случаях являлось исследование асцитической жидкости с целью выявления в ней воспалительной реакции - лейкоцитов и патогенной микрофлоры. С этой целью при дренируемой брюшной полости, или методом лапароцентеза, проводилось исследование асцитической жидкости на ее биохимический, микроскопический и бактериологический спектр.

Во всех случаях клинического проявления асцит-перитонита, при микробиологическом исследовании асцитической жидкости, выявлялись патогенные микроорганизмы — аэробы (стафилококк, стрептококк, клебсиела и другие).

Экспресс-лечебные мероприятия при асцит-перитоните начинали с подключения к основной патогенетической печеночной терапии массивного антибактериального воздействия и комбинационного синергизма действия антибиотиков широкого спектра действия в сочетании с сульфаниламидами (метронидазол). Неэффективность медикаментозных лечебных мероприятий у оперированных больных, являлось основанием к исследованиям: УЗИ, КТ с целью выявления абдоминального осумкованного инфекционного очага — абсцесса. Выявление последнего, объем, границы определяло хирургическую тактику его санации - пункционный метод под контролем УЗИ, или релапаротомии с тщательной санацией процесса, устранение источника асцит-перитонита.

Соблюдение такой схемы лечебной тактики позволило сохранить жизнь 10 больных с асцит-перитонитом. Летальность была обусловлена прогрессирующей печеночной недостаточностью вследствие основного заболевания, которую асцит-перитонит усугубил, что и не позволило повлиять на регрессию полиорганной недостаточности.